

Effectiveness of Spirituality Therapy on the Metacognitive Beliefs and Dysfunctional Attitude in Elderly People of Khorramabad City in 2017

*Ghadampour E¹, Roshannia S², Rezaeifar N³

1- Assistant Professor of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: ghadampour.e@lu.ac.ir

2- MA of General Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

3- MA of General Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Abstract

Introduction: Defective metacognitive beliefs and dysfunctional attitude are some of the problems that have been observed in aging. The importance of spiritual therapy training to the elderly has also been considered in recent years; Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of spiritual therapy on metacognitive beliefs and dysfunctional attitude of elderly people in Khorramabad city in 2017.

Method: The present study is a quasi-experimental (pre-test - post-test with control group). The statistical population of this research includes all elderly care centers of Khorramabad old people in 2017. The statistical sample was selected by a sampling method in 30 people and randomly assigned to test and control groups (15 individuals for each group). Both groups completed the Wales and Carthage-Haughton metacognitive beliefs (2004) and the dysfunctional attitude scale (1978) questionnaire during the evaluation stages. Eight sessions (one hour a week). Spiritual therapy training was conducted in the experimental group and the control group received customary nursing home programs. The collected data were analyzed using multivariate and univariable covariance analysis using SPSS version 23 software.

Results: After spiritual therapy, the mean scores of subscales of metacognitive beliefs and dysfunctional attitudes decreased from pretest to post-test. Also, according to the findings of covariance analysis, spirituality therapy was effective in reducing the defective metacognitive beliefs and dysfunctional attitudes of elderly people ($P = 0.001$).

Conclusion: The application of this therapeutic approach as an effective intervention in reducing defective metacognitive beliefs and dysfunctional attitudes in aging centers is recommended.

Key words: Spiritual therapy, Belief, Metacognition, Dysfunctional attitude, Elderly.

Received: 21 April 2018

Accepted: 6 February 2019

اثربخشی معنویت درمانی بر باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد سالمندان شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶

*عزت اله قدم پور^۱، سمیه روشن نیا^۲، نسرين رضایی فر^۳

۱- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: ghadampour.e@lu.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۳ زمستان ۱۳۹۷، ۱-۸

چکیده

مقدمه: باورهای فراشناختی معیوب و نگرشهای ناکارآمد از جمله مشکلاتی هستند که در سنین پیری مشاهده شده اند، اهمیت آموزش معنویت درمانی به سالمندان نیز در سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته است؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنویت درمانی بر باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد سالمندان شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش: پژوهش حاضر شبه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه) می باشد. جامعه آماری این پژوهش در برگزیده کلیه سالمندان مراکز روزانه نگهداری از سالمندان شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶ می باشد. نمونه آماری با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی ساده در گروههای آزمایش و گواه (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و کاتریت - هاتون (۲۰۰۴) و مقیاس نگرشهای ناکارآمد (۱۹۷۸) را طی مراحل ارزیابی تکمیل کردند. هشت جلسه (یک ساعته هفته ای یک بار) آموزش معنویت درمانی در گروه آزمایش اجراء شد و گروه گواه برنامه های مرسوم خانه سالمندان را دریافت کردند. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: پس از انجام معنویت درمانی میانگین نمرات خرده مقیاسهای باورهای فراشناختی و نگرش های ناکارآمد از مرحله پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافت. همچنین، مطابق با یافته های حاصل از تحلیل کواریانس، معنویت درمانی بر کاهش باورهای فراشناختی معیوب و نگرش های ناکارآمد سالمندان مؤثر بود ($P=0/001$).

نتیجه گیری: به کارگیری این رویکرد درمانی به عنوان مداخله ای کارآمد در کاهش باورهای فراشناختی معیوب و نگرش های ناکارآمد در مراکز سالمندی توصیه می شود.

کلید واژه ها: معنویت درمانی، باور، فراشناخت، نگرش ناکارآمد، سالمندان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۰۱

مقدمه

سالمندی یکی از حساس ترین دوران های زندگی انسان به شمار می رود که عمولا از سنین ۶۰-۶۵ سالگی آغاز شده و ورود به این مقطع تاثیر مهمی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی شخص برجای می گذارد (۱). هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده میشود، این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۲/۵ درصد است (۲). کشور ما نیز از این امر مستثنی نیست و مطابق با گزارش مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۱۳۹۵ در حدود ۹/۲۷ درصد از جمعیت کشور را جمعیت سالمندان ۶۰ سال به بالا تشکیل می دهد (۳).

یکی از مفاهیمی که به تازگی به حوزه روانشناسی سالمندی راه یافته است، مفهوم فراشناخت یا باورهای فراشناختی است که گستره های از عوامل مرتبط به هم را توصیف می کند و در برگیرنده هر نوع دانش یا فرایند شناختی است که در تفسیر، بازبینی یا کنترل شناختها نقش دارند (۴). باورهای فراشناختی از پنج دسته باور منفی تشکیل شده اند: باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی (۵). مطالعات نشان می دهند که باورهای فراشناختی منفی از جمله مشکلاتی هستند که به تدریج و با افزایش سن گسترش می یابند (۶). چنانچه، در پژوهشی مشخص شد که اطمینان شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و خودآگاهی شناختی در سالمندانی که در فعالیتهای مذهبی مشارکت کمتری دارند، بیشتر است (۷).

مفهوم دیگر مورد بحث در پژوهش حاضر نگرش های ناکارآمد میباشد. نگرش های ناکارآمد ویژگیهای شخصیتی پایداری هستند که افراد را نسبت به افسردگی آسیب پذیر می سازند و از طرحواره های منفی درباره خود، دنیا و آینده (مثلت شناختی) تشکیل شده اند (۸). سالمندانی که نسبت به افسردگی آسیب پذیر هستند، طرحواره های ناسازگاری دارند که که پنهان باقی می مانند تا اینکه به وسیله حوادث پراسترس زندگی راه اندازی شوند (۹). شواهد نیز نشان می دهند که سالمندان مبتلا به اختلالات خلقی و یا سالمندانی که در طی مراحل پایانی زندگی خود با رویدادهای استرس زایی بیشتری مواجه می شوند، نگرش های ناکارآمد بیشتری را تجربه می کنند (۱۰).

برای تخفیف مشکلات ناشی از باورهای فراشناختی معیوب و یا نگرش های ناکارآمد در سالمندان، برنامه های درمانی متعددی وجود دارد که از جمله آنها می توان به معنویت درمانی اشاره کرد که در سالهای اخیر توجه پژوهشگران بسیاری را به سوی خود معطوف

ساخته است (۱۱). به تازگی، شواهد تجربی نشان داده اند که استفاده از رویکرد معنویت درمانی در سالمندانی که از گرایشها و باورهای مذهبی بالایی برخوردار هستند، موفقیت آمیز است (۱۲)، لذا با در نظر گرفتن وجود فرهنگ و باورهای مذهبی حاکم در کشور، محققان اینگونه فرض کرده اند که این رویکرد درمانی ممکن است در بهبود مشکلات روانشناختی سالمندان سرای سالمندان مفید واقع شود. ضرورت آموزش معنویت درمانی برای نخستین بار به وسیله کرو و ونگ در ادبیات سالمندی مطرح شد. این محققان به مفهوم پردازی رویکرد معنویت درمانی مطابق با عناصر شناختی، هیجانی و انگیزشی پرداختند و از مفاهیم معنادرمانی فرانکل (خلا وجودی، کنترل زندگی، پذیرش مرگ، معنایابی، داشتن هدف یا مفهوم در زندگی) در رویکرد خود استفاده کردند (۱۳). معنویت درمانی به استفاده از باورهای فرهنگی - مذهبی در طی درمان و برقراری ارتباط درونی با یک قدرت مطلق الهی فراتر از مرز گرایشات مذهبی ادیان اشاره دارد (۱۴). در این رویکرد، درمانگر به منظور بهبود و بازیابی سلامتی مراجع، وی را به کاوش در موضوعات و مسایل معنوی دعوت می کند و به صورت کاملا بی طرفانه و به دور از هر گونه قضاوتی بر مسایل معنوی تاکید می کند (۱۵).

در سالهای اخیر کارآیی معنویت درمانی در درمان احساس تنهایی و اضطراب مرگ (۱۶)، تاب آوری (۱۵)، افسردگی (۱۷) و سبک زندگی (۱۸) افراد سالمند مورد تایید قرار گرفته است، اما در خصوص تاثیر این روش درمانی بر روی باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد سالمندان مطالعه ای صورت نگرفته است. لذا، این پژوهش با هدف مشخص کردن اثربخشی معنویت درمانی بر باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد سالمندان شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر شبه آزمایشی بود که با استفاده از طرحهای پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه انجام شد. این پژوهش از این جهت شبه آزمایشی محسوب می شود که امکان کنترل متغیرهای مزاحم در آن در کمترین حد ممکن قرار داشت. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده تمام سالمندان مراکز روزانه نگهداری از سالمندان شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۶ می باشد. با توجه به اینکه در طرحهای تجربی و نیمه تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروهها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند (۱۹)، در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ سالمند (مرد و زن) با استفاده از روش نمونه

تا ۰/۹۳ برآورد کردند و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۰). ثابت (۱۳۹۰)، نیز در مطالعه ای بر روی ۴۹۰ دانشجوی پسر و دختر با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی کل پرسشنامه، دانشجویان پسر و دانشجویان دختر را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۸۵ به دست آورد (۲۱). در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوایی پرسشنامه باورهای فراشناختی با نظر ۳ تن از اساتید روانشناسی دانشگاه لرستان مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس نگرشهای ناکارآمد (DAS). این پرسشنامه توسط وایزمن و بک در سال ۱۹۷۸ بر مبنای نظریه بک به منظور ارزیابی محتوای شناختی علایم افسردگی ساخته شده است و دارای ۲۶ سوال و ۴ خرده مقیاس کمال طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد می باشد. نمره گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت هفت درجه ای ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) انجام می شود. حداقل و حداکثر نمرات در این پرسشنامه در دامنه ای بین ۲۶ تا ۱۸۲ قرار می گیرد (۲۲) و نمره برش آن مطابق با توصیه الیور و همکاران، ۸۲ میباشد (۲۳). در مطالعات خارجی همسانی درونی، پایایی آزمون بازآزمون و اعتبار همگرایی قابل قبولی گزارش شده است (۲۴). برای مثال، در مطالعه بک و همکاران (۱۹۹۱)، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت بالینی و عادی ۰/۸۵ و روایی سازه آن از طریق همبستگی با آزمون افسردگی بک ۰/۴۷ به دست آمد (۲۵). در کشور ما نیز، ابراهیمی و موسوی (۲۰۱۳)، پایایی کل مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی پیشین آن را از طریق همبستگی با پرسشنامه سلامت عمومی در یک جمعیت بالینی و غیربالینی ۰/۵۶ برآورد کردند (۲۶). در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوایی مقیاس نگرشهای ناکارآمد با نظر ۳ تن از اساتید روانشناسی دانشگاه لرستان مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

برنامه آموزشی معنویت درمانی براساس راهنمای لطفی کاشانی، مفید و سرفراز مهر (۲۷)، طی هشت جلسه یک ساعته به صورت هفتگی در گروه آزمایش اجرا شد (جدول ۱). در پژوهش حاضر سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین، اطلاعات جمع آوری شده به وسیله روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس تکمتغیره و چندمتغیره) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی (زوج و فرد) در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی بالای ۶۰ سال، سکونت در مراکز روزانه نگهداری از سالمندان به مدت حداقل ۲ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال پزشکی یا روانپزشکی جدی (مانند اختلالات عصبی شناختی از قبیل اختلالات عصبی شناختی خفیف یا شدید) براساس پرونده پزشکی و موافقت افراد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل دریافت معنویت درمانی قبل از ورود به پژوهش، شرکت همزمان در سایر جلسات آموزش روانشناختی، عدم همکاری و عدم حضور در یک جلسه و عدم پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه ها و یا فوت آزمودنیها بود.

دوره ۸ جلسه ای آموزش معنویت درمانی در گروه آزمایش برگزار شد، گروه گواه نیز برنامه های معمول خانه سالمندان را دریافت کردند. جهت جلوگیری از انتقال مفاهیم آموزشی از گروه آزمایش به گروه گواه، آموزش معنویت درمانی در ساعات متفاوتی (گروه آزمایش در ساعات اولیه صبح و گروه گواه در ساعات اولیه بعد از ظهر برنامه های مرسوم خانه سالمندان را دریافت کردند) انجام شد و بر عدم بازگویی مطالب آموزشی مطرح شده طی جلسات، توسط گروه آزمایش به گروه گواه تاکید شد. به علاوه به منظور یکسان سازی آموزش در هر دو گروه در روزهای چهارشنبه به صورت گروهی (گروه ۱۵ نفره) انجام شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی فرم موافقتنامه کتبی برای شرکت در پژوهش توسط آزمودنیها امضا شد.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه های باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد بود.

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ). این پرسشنامه توسط ولز و کاترایت - هاتون در سال ۲۰۰۴ به منظور سنجش تفاوت‌های فردی درباره باورهای فراشناختی، قضاوتها و گرایشهای نظارتگری ساخته شده است و دارای ۳۰ سوال و ۵ خرده مقیاس اطمینان شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، کنترل ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار میباشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت چهار درجه ای ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) انجام می شود. حداقل و حداکثر نمرات در این پرسشنامه در دامنه‌های بین ۳۰ تا ۱۲۰ قرار می گیرد (۲۰). ولز، کاترایت - هاتون (۲۰۰۴)، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاسها در دامنه‌های بین ۰/۷۶

جدول ۱: راهنمای معنویت درمانی لطفی کاشانی و همکاران (۲۰۱۳)

جلسه	محتوای جلسات: هدف، فرایند و تمرینات
اول	هدف: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه فرایند: اعضا خود را معرفی می کنند. قوانین گروه مبتنی بر محرمانه ماندن، احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاههای متفاوت، تعداد و زمان جلسات و حضور مداوم تا انتهای درمان مطرح میشود.
دوم	هدف: آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا. فرایند: طرح سوال معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ در مقابل این نیرو چه کاری دوست دارید انجام دهید؟ چه کاری انجام میدهید؟ اعمالی که انجام میدهید چه احساسی در شما ایجاد میکند؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد میکند؟ نام ببرید. این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آنها چطور به شما کمک میکند؟ آیا تا به حال شده که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟
سوم	هدف: خود مشاهده گری و توضیح مراقبه فرایند: آنچه در این هفته در رابطه با اعمال معنوی انجام دادید و احساساتتان را بیان کنید (یادداشتبرداری درمانگر از موارد مشترک مانند دعا، بخشیدن، تامل، صبر و ...) بیان احساسات و هیجانات ناشی از این اعمال و تاکید بر احساس اعضا در مقابل هر یک از این عملکردها. آموزش تکنیک مراقبه و تمرین روزانه آن تا انتهای درمان.
چهارم	هدف: توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه فرایند: مراقبه چه احساسی در شما ایجاد کرد؟
پنجم	هدف: ارائه مفهوم پایان ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال فرایند: آیا کسی را که دوست داشتید، از دست داده اید؟ احساساتتان در حال حاضر نسبت به آن فرد چیست؟ آیا کسی در اطرافتان هست که در سنی باشد که ممکن است از دست بدهید؟ این از دست دادن چه معنایی برایتان دارد؟ آیا دیدگاهی معنوی یا مذهبی در رابطه با این از دست دادن دارید؟ از نظر معنوی یا مذهبی چه توضیحی دارید؟ از دست دادن ها چه تاثیری بر ما میگذارد؟ تاکید بر اینکه هفته بعد از بخشش خود و دیگران و احساس معنوی که در این حس داریم، صحبت خواهیم کرد.
ششم	هدف: فهم بخشودگی فرایند: چه کسی از هفته قبل تا به حال در مورد بخشش فکر کرده؟ چه کسانی را قرار است ببخشیم؟ بخشش کسانی که با آنها رابطه ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه داریم، بخشش چه احساسی در شما ایجاد می کند؟ بخشش چه احساسی را در دیگران ایجاد میکند؟ طلب بخشش از کسی که در رابطه با او خطایی مرتکب شده ایم و اینکه بخشیده شویم چه احساسی در ما ایجاد میکند؟ برای اینکه احساس بخشودگی کنید چه کارهایی انجام میدهید؟ توضیح دهید (موردی مانند دعا و ... توسط درمانگر یادداشت و جمع بندی میشود). کدام یک را تا هفته بعد انجام دهیم؟ تمرین مراقبه و خواندن دعا. تکلیف: خواندن دعا هر روز بعد از مراقبه تا انتهای درمان.
هفتم	هدف: بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی فرایند: بیان احساس مثبت و تجربیات ناشی از بخشش و عملکردهای معنوی: انجام این اعمال در شما چه تغییری ایجاد کرده است؟ چگونه میتوانیم این احساسات را در خودمان ثابت نگه داریم؟ چه اقداماتی وجود دارد که به ما در این راه کمک میکند؟ تمرین مراقبه و خواندن دعا تکلیف: تکرار دعا هر روز بعد از تمرین مراقبه.
هشتم	هدف: شکر و تجربه تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معناداری به تجربیات سخت فرایند: نام بردن نعمتهایی که در زندگی فرد وجود دارد. کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک میشود و انجام شکرگزاری.

یافته ها

ناکارآمد و خرده مقیاسهای آن در گروههای آزمایش و گواه طی

مراحل ارزیابی در (جدول ۲) درج شده است.

آماره توصیفی متغیرهای باورهای فراشناختی و نگرشهای

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاسهای متغیرهای باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد در گروههای آزمایش و گواه طی مراحل ارزیابی

متغیر	خرده مقیاسها	گروه	پیش آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس آزمون انحراف معیار ± میانگین	
باورهای فراشناختی	اطمینان شناختی	آزمایش گواه	۱۴/۸۶ ± ۴/۳۲	۱۲/۸۶ ± ۳/۷۳	
	باورهای مثبت	آزمایش گواه	۱۴/۷۳ ± ۴/۰۹	۱۳/۵۳ ± ۴/۲۷	
	خودآگاهی شناختی	آزمایش گواه	۱۵/۷۳ ± ۴/۲۵	۱۳/۵۳ ± ۳/۵۹۴	
	کنترل ناپذیری و خطر افکار	آزمایش گواه	۱۶/۲۰ ± ۲/۵۱	۱۸/۷۳ ± ۳/۱۵	
	نیاز به کنترل افکار	آزمایش گواه	۱۰/۲۰ ± ۳/۹۱	۱۴/۸۰ ± ۳/۴۸	
	نگرشهای ناکارآمد	کمال طلبی	آزمایش گواه	۱۸/۰۰ ± ۴/۱۰	۱۷/۴۰ ± ۳/۴۳
		به تأیید دیگران	آزمایش گواه	۱۴/۰۰ ± ۵/۰۴	۱۰/۶۰ ± ۳/۵۰
		نیاز به راضی کردن دیگران	آزمایش گواه	۱۶/۲۰ ± ۳/۸۹	۱۷/۴۶ ± ۳/۳۱
آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد		آزمایش گواه	۲۶/۰۶ ± ۹/۴۰	۱۸/۹۳ ± ۴/۶۲	

شیب رگرسیون نیز با استفاده از محاسبه مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل با مقادیر $(F=23/516, P=0/459)$ مورد تایید قرار گرفت. پس از خارج کردن اثر پیش آزمون، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره، اثر معنی داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می دهد که معنویت درمانی بر باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد سالمندان تأثیر دارد $(P<0/001, F=21/73, P=0/48, F=0/63)$ ضریب لامبدای ویلکز، ضریب اتا). به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۳) ارائه گردیده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات پس آزمون باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد در گروههای آزمایش و گواه

متغیر	مراحل پژوهش	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معنی داری	مجدور اتا	توان آزمون
باورهای فراشناختی	پیش آزمون	۴۵۲۲/۵۲۵	۱	۴۷۴۵۲۲/۵۲۵	۹۶/۵۸	۰/۰۱	۰/۷۸	۱
	عضویت گروهی	۱۸۸۶/۳۱	۱	۱۸۸۶/۳۱	۴۰/۲۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
نگرشهای ناکارآمد	پیش آزمون	۲۸۵/۸۱۸	۱	۲۸۵/۸۱۸	۴/۰۵	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۴۹
	عضویت گروهی	۹۵۴/۸۳۷	۱	۹۵۴/۸۳۷	۱۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۴

درمانی بر افزایش امید به زندگی (۲۸)، کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ (۱۶)، افزایش تابآوری (۱۵)، تخفیف نشانه های افسردگی (۱۷) و بهبود سبک زندگی (۱۸) در میان سالمندان هستند. معنویت درمانی می تواند از دو جهت بر کاهش باورهای فراشناختی سالمندان مؤثر باشد. از یک سو، دستیابی به منابع معنویت، به طور مستقیم می تواند به عنوان تأمین کننده اصلی انرژی معطوف به هدف عمل نماید و از سوی دیگر، به شکلی غیرمستقیم تر می تواند از طریق تأثیر مثبت بر شیوه تفسیر رویدادها، فرد را به برخی از سازه های روانشناختی مثبت همچون شادکامی و خوش بینی مجهز نماید که در تأمین انرژی و انگیزه برای دستیابی به اهداف مؤثر باشد. به علاوه، معنویت درمانی میتواند اهداف جدیدی را در زندگی فرد تعریف نماید (اهداف معنوی مانند دستیابی به رشد، شکوفایی و تعالی معنوی) و راهکارهای مختلفی همچون نیایش، مراقبه را نیز برای دستیابی به این اهداف در اختیار فرد قرار دهد (۲۹).

مهمترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرشهای ناکارآمد افراد سالمند مربوط به نگرش و تفسیر آنها از زندگی است. عامل استرسزای زندگی که باعث شکل گیری و تقویت نگرشهای ناکارآمد در سالمندان می شود، به واسطه ارزیابی های شناختی که تحت تاثیر برخی از باورها و ارزشهای فردی همچون کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می شود.

چنانچه در (جدول ۲) مشاهده می شود، در مرحله پیش آزمون میانگین نمره های خرده مقیاسهای باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارند؛ اما پس از انجام معنویت درمانی در گروه آزمایش، میانگین نمرات خرده مقیاسهای باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد کاهش یافته است. نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانسهای متغیرهای باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد با استفاده از آزمونهای شاپیرو ویلک و لوین با مقادیر $(P>0/05)$ مورد تایید قرار گرفت. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام باکس با مقادیر $(P=0/416, F=0/829)$ مورد تایید قرار گرفت. مفروضه همگنی

با توجه به نتایج (جدول ۳) با کنترل نمرات پیش آزمون، بین گروه های آزمایش و گواه بین باورهای فراشناختی سالمندان در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد $(P=0/001)$ ، به طوری که معنویت درمانی موجب کاهش ۶۰ درصدی باورهای فراشناختی سالمندان در مرحله پس آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش آزمون، بین گروه های آزمایش و گواه در نگرشهای ناکارآمد در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد $(F=13/53, P=0/001)$. با توجه به میانگین های مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت که معنویت درمانی موجب افزایش ۳۴ درصدی نگرشهای ناکارآمد در مرحله پس آزمون شده است.

بحث

یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که معنویت درمانی بر کاهش باورهای فراشناختی معیوب و نگرشهای ناکارآمد سالمندان شهر خرم آباد از مرحله پس آزمون به پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تأثیر دارد. با توجه به اینکه در خصوص کارایی معنویت درمانی بر روی متغیرهای باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد بر جمعیت سالمندان پژوهش مشابهی یافت نشد، لذا به ناچار محققان به مقایسه یافته های حاصل از پژوهش خود با نتایج تحقیقات نسبتاً مشابه می پردازند. به عنوان مثال، این یافته ها در راستای پژوهش هایی قرار می گیرد که بیانگر تأثیر مثبت معنویت

پیشنهاد می شود که سایر پژوهشگران در مطالعات آتی متغیرهای جمعیت شناختی را کنترل کرده و تاثیر این رویکرد درمانی را در دوره‌های نسبتاً بلندمدت مورد پیگیری قرار دهند.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به اینکه آموزش معنویت درمانی بر کاهش باورهای فراشناختی منفی و نگرشهای ناکارآمد سالمندان تاثیر دارد، لذا، به کارگیری این روش درمانی در کاهش مشکلات روانشناختی سالمندان به ویژه باورهای فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد در مراکز نگهداری سالمندان توصیه می شود.

References

- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. 5nd ed. USA: Williams & Wilkins Co. 2015.
- Khalili S, Memarian R, Ahmadi F. The effect of activity and spiritual health based self-care program on hypertension among the Kahrizak elderly people in the Alborz province. *joge*, 2018; 3 (1): 27-34.
- Mirzaei M, Shams-Ghahfarkhi M. Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census 1976-2006. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2 (5): 326-31.
- Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Ration Emotive Cogn Behav Ther*. 2005; 23 (4):337-55.
- Dixon RA, Bäckman, L, Nilsson LG. New frontiers in cognitive aging. Oxford: Oxford University Press. 2004.
- Golparvar M, Safari H. The Association Between Meta-Cognitive Beliefs and Dysfunctional Attitudes Among Middle and Aged Patients With Cardiovascular Disease. *SIJA*. 2016; 11 (1): 52-63.
- Comparing metacognitive beliefs and cognitive failures in older adults with and without religious behaviors. *Journal of Ageing psychology*. 2017; Epub ahead of print.
- Fresco M, Heimberg, G, Abramwitz, A, Berta T. The effect of a negative mood priming challenge of dysfunctional attitudes explanatory style and explanatory flexibility. *The British Journal of Clinical Psychology*. 2005; 45 (2): 167-183.
- Graaf LE, Roelofs J, Huibers MJ. Attitudes in the general population: The dysfunctional attitudes scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research*. 2009; 33 (4): 345-355.
- Bratu M, Rizeanu RE. Stress, Depression and Dysfunctional Attitudes Among Elders. A Non-Experimental Approach. *Romanian Journal of Psychological Studies (RJPS)*. 2017; 2 (5): 24-31.
- Asghari N, Ali Akbari M, Dadkhah A. Group Therapy as a Rehabilitation Method for Depression Depression in Elderly Women. *Journal of Disability Studies*. 2012; 2 (1): 31-38.
- Bush AL, Jameson JP, Barrera T, Phillips LL, Lachner N, Stanley MA. An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. *Mental Health, Religion & Culture*. 2012; 15 (2): 191-203.
- Koenig HG. Definitions, in *Spirituality and Health Research: Methods, Measurement, Statistics, and Resources*, pp. 193–206, Templeton Foundation Press, Philadelphia, Pa, USA. 2011.
- Sartipzadeh A, Ali-Akbari M, Tabaian R. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, Iran. *J Res Behav Sci* 2016; 14 (1): 56-63.
- Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *J Evidence- Based Complementary and Alternative Medicin*. 2013; 353 - 262.
- Dashtbozorgi Z, Sevari K, Safarzadeh S.

- Effectiveness of Islamic Spiritual Therapy on the Feeling of Loneliness and Death Anxiety in Elderly People. *Journal of ageing psychology*. 2016; 2 (3): 177-18.
17. Mohammadi SH. The Effect of Spiritual Therapy on Depression in Elderly Women Residing in Nursing Homes. *Clinical Psychology Studies*. 2013; 3 (12): 41-63.
 18. Khaleghipour SH, Masjedi M, Ahmadi Z. Effectiveness of Islamic spiritual therapy on the lifestyle and the percentages of the white blood cells in the aged depressed subjects. *RPH*. 2016; 10 (3): 16-29.
 19. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6nd ed. Boston: Person Education. 2013.
 20. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2007; 42(4):385-96.
 21. Sabet M. Standardization of Wells metacognition test. *Educational Management Innovations*. 2011; 6 (3):27-49.
 22. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the Annual meeting of the Association for the Advanced Behavior Therapy, Chicago, November. 1978.
 23. Oliver JM, Murphy SL, Ferland DR, Ross MJ. Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognit Ther Res*. 2007; 31(1): 51-69.
 24. De Graaf LE, Roelofs J, Huibers MJ. Measuring Dysfunctional Attitudes in the General Population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognit Ther Res*. 2009; 33 (4): 345-355.
 25. Beck AT, Brown G, Weissmabn AN. Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychol Assess*. 1991; 3, 478-83.
 26. Ebrahimi A, Moosavi SG. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale -26 items : factor structure, reliability and validity in Psychiatric outpatients. *SIJMU*, 2013; 21 (5): 20-28.
 27. Lotfi Kashani F, Mofid B, Sarafraz Mehr S. Effectiveness of Spirituality Therapy in Decreasing Anxiety, Depression and Distress of Women Suffering from Breast Cancer. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 7 (27): 27-42.
 28. Obodi A. (dissertation), The Effectiveness of Spirituality Therapy on the Life Expectation and Quality of Life of the Elderly Women of Shiraz. Marvdasht: Islamic Azad University of Marvdasht Branch. 2013.
 29. Zohre Sadat Amirarjmandi S, Hashemiyani K, Niknam M. Effect of Spiritual Group Training on Decreasing Depression and Increasing Marital Satisfaction among Married Women in Tehran, Region 5. *Educational Psychology*. 2015; 11 (35): 137-158.
 30. Baalhari J, Nazari Q, Zanian S. The Effectiveness of Spiritual Therapeutic Therapy Approach on Depression, Anxiety and Stress in Women with Breast Cancer. *Women and Society (Women's Sociology)*. 2012; 3 (1): 85-115.